

## **VD\_GERICHTE ZD13.017902 vom 30. Oktober 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-10-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.017902](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.017902)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.017902 du 30 octobre 2014

IT: VD\_GERICHTE ZD13.017902 del 30 ottobre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

Dans un second moyen, le recourant reproche à l'OAI d'avoir supprimé sa rente sans avoir mis en oeuvre des investigations médicales

- 17 - complémentaires pour déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demie-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi

- 18 - que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit

examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

#### **E. 4**

En l'espèce, l'intimé se fonde sur les rapports médicaux des 1er juin 2010 et 13 mars 2012 du Dr C.\_\_\_\_\_ pour constater que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée dès

- 19 - le 1er juin 2010. Dans son rapport du 1er juin 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ notait qu'une activité uniquement en position assise pouvait être exigible à temps complet. Il s'est limité à confirmer ce constat dans son rapport du 13 mars 2012 en estimant que le recourant pourrait exercer à 100% une activité en position assise. Or, dans son rapport médical adressé le 17 février 2010 à l'OAI, ce médecin indiquait a contrario qu'une activité uniquement en position assise n'était pas exigible tandis qu'une activité uniquement en position debout pouvait l'être à hauteur de quatre heures par jour. L'état de santé du recourant n'avait pourtant pas subi de modification entre janvier et juin 2010 comme le médecin le mentionnait dans son rapport du 1er juin 2010. En outre, il était précisé que la date du dernier contrôle était le 1er février 2010. On peut ainsi constater qu'en établissant son rapport du 1er juin 2010, le médecin n'avait pas revu le recourant depuis son précédent rapport. Quant au rapport du 13 mars 2012, il n'a pas davantage été établi à la suite d'une consultation du recourant. En effet, le Dr C.\_\_\_\_\_ y indiquait que le recourant venait à sa consultation rarement (une à deux fois par an), précisant que lors de sa dernière consultation, le recourant l'informait qu'il était en train d'ouvrir un salon de coiffure à [...], ce qui remonte à la période précédent le mois de juillet 2011. Au vu de ces éléments, force est de constater que les rapports médicaux du Dr C.\_\_\_\_\_ – sur lesquels se base l'intimé pour supprimer la rente du recourant – ne se fondent pas sur des examens complets et sont de surcroît contradictoires. De plus, aucun élément au dossier ne permet de confirmer ou d'appuyer le rapport du 1er juin 2010 (ou celui du 13 mars 2012) plutôt que celui du 17 février 2010 quant aux activités exigibles. Par ailleurs, le Dr C.\_\_\_\_\_ est spécialiste en médecine interne générale. Selon les pièces au dossier, le recourant a pour la dernière fois été examiné par son médecin spécialiste en orthopédie, le Dr N.\_\_\_\_\_, à l'occasion de son rapport médical du 4 février 2000 – soit plus de dix ans avant la décision litigieuse – lequel ne se prononçait aucunement sur une éventuelle capacité de travail dans une activité

- 20 - adaptée. Le recourant n'a dès lors plus fait l'objet d'un examen sur le plan orthopédique depuis le 4 février 2000. Force est donc de constater que le point litigieux, à savoir la capacité de travail dans une activité adaptée, n'a pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. C'est d'ailleurs ce qu'avait relevé le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR dans son avis

du 8 septembre 2010. Ce médecin avait en outre retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, se fondant sur le rapport médical du 17 février 2010 du Dr C.\_\_\_\_\_, tandis que son collègue du SMR, le Dr H.\_\_\_\_\_, s'est basé sur le rapport médical du 1er juin 2010 du Dr C.\_\_\_\_\_, estimant que la capacité de travail de l'intéressé était complète (cf. avis médical du 13 octobre 2011). Malgré qu'ils aient tous deux eu connaissance des deux rapports médicaux de 2010 du Dr C.\_\_\_\_\_, les médecins du SMR n'ont pourtant pas étayé leurs conclusions, ni la raison de leur divergence. Les rapports médicaux du Dr C.\_\_\_\_\_ n'avaient ainsi pas valeur probante au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c supra) et ne pouvaient servir de seule base d'appréciation de l'état de santé somatique du recourant, en particulier en ce qui concerne sa capacité de travail dans une activité adaptée. Aussi, faute de disposer d'un avis ayant pleine valeur probante, l'intimé aurait dû procéder à une instruction complémentaire sur le plan orthopédique en confiant une expertise à un spécialiste en ce domaine.

## **E. 5**

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les

- 21 - faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) Compte tenu du fait que le cas de l'assuré n'a pas fait l'objet d'un examen sur le plan orthopédique, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction conformément au considérant 4 ci-dessus, puis rende une nouvelle décision.

## **E. 6**

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants. A cette occasion, en fonction du résultat de l'instruction, il appartiendra à l'intimé d'examiner dans quelle mesure le recourant est en mesure de tirer profit de sa capacité de travail et qu'il prenne le cas échéant – sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé (art. 21 al. 4 LPGA) – les mesures nécessaires à la réintégration de celui-ci dans

le circuit économique. Ce n'est qu'à la suite de cet examen que l'intimé pourra statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité. Par conséquent, il est à ce stade prématuré de se prononcer sur les aspects économiques du droit à la rente, en particulier sur la comparaison des revenus à laquelle l'intimé a procédé, étant donné le renvoi de la cause.

- 22 -

#### **E. 7**

Obtenant gain de cause, le recourant qui est assisté d'un mandataire professionnel a droit à l'octroi de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGGA). Compte tenu de l'ampleur de la procédure et de la difficulté de la cause, il convient de fixer cette indemnité à 2'500 francs. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurance est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ils doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.